Bay Respite Care

Timesheet for Self-Service Respite (Employer of Record)

Hojas de tiempo para Servicio Independiente (Empleador de Registro)

3272 Sonoma Blvd, Suite 4
Vallejo, CA 94590
www.BayRespiteCare.org/EORMainPage.htm (707)644-4491 EOR@BayRespiteCare.org

Client Name/Nombre del Cliente: (please print/en lettre de molde)	**Client City/Ciudad del Cliente:**	**Pay Period** From: De:	To: A:
Employee Name/Nombre del Trabajador: (please print/en lettre de molde)	**Employee Signature/Firma del Trabajador:**		

Office use only/Para uso la oficina:	Service Date: Fecha:	Start Time: Hora de Empezar:	End Time: Hora de Terminar:	Total Hours: Total de Horas:	Parent/Authorized Signature:* Firma del Padre o Autorizado/a:*
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
			Total:		

☐ 2 cl

☐ 3 cl

*My signature certifies that the hours shown are correct and respite met the terms and conditions set forth in the Family Handbook.

**Mi firma certifica que las horas anotadas están correctas y el respire muestra los términos y condiciones en el manual de servicio.*

→ **No faxes/scans accepted!!!** ***No aceptamos faxes/ escanear!!!***

→ **Use blue or black ink only.** ***Use solamente tinta azul o negra.***

→ **Round minutes to the nearest quarter hour.** ***Redondear los minutos al cuarto de hora mas cercana.***

→Timesheets must be **in the office** by the 5th and 20th of each month in order to be paid by the pay dates listed on "Payday Schedule".

*→Las hojas de tiempo tiene que estar **en la oficina** el 5 y 20 de cada mes para ser pagadas en la fecha escrita en al "Horario de Días de Pagos".*

☐**New employee address/** ***La dirección nuevo del trabajador*:**

_____

_____